FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

'8 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 *Janvier* 1886, *à* 1 *heure.*

Par François-Augustin PHILIPPEAU

Né à Charentilly (Indre-et-Loire), le 28 août 1860.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉPULIS

Président : M. LANNELONGUE, *professeur.*

Juges : MM. LE DENTU, *professeur.*
TERRILLON, KIRMISSON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................... M. BÉCLARD.

Professeurs............ MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	Ch. RICHET.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
GARIEL.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPULIS

AVANT-PROPOS

Pendant fort longtemps on a désigné sous le nom d'épulis toutes sortes de tumeurs dissemblables développées au niveau du bord alvéolaire des mâchoires. Peu à peu les progrès de l'analyse clinique, et surtout les perfectionnements immenses apportés depuis trente ans à la technique histologique, ont permis d'établir de nombreuses divisions dans ce groupe mal défini d'affections hétérogènes.

En entreprenant ce travail, nous n'avons pas voulu seulement rappeler les diverses phases qu'a traversées l'histoire de l'épulis, nous avons essayé, en mettant à profit les quelques cas qu'il nous avait été permis d'observer, de bien séparer l'épulis

sarcomateuse, le sarcome des gencives, des autres tumeurs que l'on confondait sous la même dénomination. Il nous semble en effet que cette variété de tumeurs présente des caractères anatomiques assez constants, et une marche assez uniforme, pour mériter d'être classée à part, dans un cadre tout spécial, en dehors des autres néoplasmes qui se développent dans la même région.

Qu'il nous soit permis avant d'entrer en matière, de remercier M. le professeur Lannelongue qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Sous le nom d'Epulis (ἐπὶ sur, οὖλον, gencive), tous les anciens auteurs rangeaient avec Galien les tumeurs bénignes ou malignes, solides ou liquides, affectant le bord alvéolaire des mâchoires et les opposaient dans leur classification aux parulis ou phlegmons des gencives.

L'anatomie pathologique de ces épulis qu'Ambroise Paré appelait : « tumeurs et chairs superflues des gencives » ne fut l'objet d'une étude attentive que vers la fin du siècle dernier. On connaissait vaguement leurs principaux caractères cliniques, mais, en raison même de leur malignité relative et de leur facile repullulation, on était très souvent disposé à les regarder d'emblée, sinon comme des cancers, au moins comme des excroissances pouvant facilement se transformer en cancer. Jourdain (1), qui longtemps après Manget (2) a bien étudié cette question, met au nombre des épulis les fongosités gingivales du scorbut ; il croit avec Fernel (3) que l'apparition des épulis peut

(1) Jourdain. Traité des mal. chir. de la bouche. Paris, 1778, t. II, p. 324, 341, 362, 369.

(2) Manget. Biblioth. chir., t. IV, liv. XVI.

(3) Fernel. Enchiridion de méd. prat.

succéder à des parulis mal traitées. Aussi les distinctions qu'il cherche à établir entre les diverses épulis se ressentent-elles vivement de la médiocrité de ses connaissances anatomo-pathologiques.

Il faut reconnaître cependant que Jourdain a décrit clairement, sous le nom de sclérosarcome, le sarcome des gencives, qu'il sépare des tumeurs kystiques et des varices gingivales. Nous devons ajouter, toutefois, qu'il ne le sépare pas du parontide ou sarcóme, qui n'est évidemment autre chose que l'épithélioma. D'après cet auteur, le parontide est une tumeur bosselée, semblable à une grappe de raisin ; elle s'accompagne de cachexie rapide, d'œdème des jambes et de douleurs locales plus ou moins vives. Cette description ne rappelle aucun des signes de l'épulis sarcomateuse ; le sclérosarcome ou « végétation ulcérée du périoste des alvéoles » s'en rapproche beaucoup plus.

Au commencement de notre siècle, les doctrines de l'homœomorphisme et de l'hétéromorphisme préconisées par Laennec ne contribuèrent pas beaucoup à éclaircir la question. Jusqu'en 1840, on décrivit toutes les altérations organiques des gencives sous les noms les plus vagues et les plus compréhensifs : cancers, anévrysmes, spina-ventosa. Tels sont les noms que l'on trouve dans Béclard, Lassus, Dupuytren (1), etc. Dans sa thèse,

(1) Dupuytren. Leçons orales.

Forget (1) est peut être plus vague encore; il parle surtout de tumeurs fongueuses sanguines et de kystes fongueux sanguins.

Bien longtemps après Jourdain, en 1836, Marjolin et A. Bérard réunissent encore sous le titre d'épulis (2) des tumeurs différentes et par leur structure et par leur pronostic : tumeurs érectiles, cancer, sarcomes, fongosités. Ils reconnaissent pour origine de toutes ces productions morbides la carie dentaire. Le mot sarcome est pour eux simplement un synonyme de charnu ; toutefois ils ne constituent pas une classe distincte pour les tumeurs sarcomateuses parmi les épulis. Les divisions esquissées par Manget et Jourdain semblent leur être inconnues.

En 1845, Lebert (3) cherche après Müller (4) à appliquer le microscope à l'étude de ces tumeurs sarcomateuses. « Nous donnerons, dit-il, aux sarcomes le nom de tumeurs fibro-plastiques, vu que nous avons affaire à un tissu qui n'est autre chose que du tissu cellulaire en voie de formation accidentelle. » Ce sont là assurément les termes essentiels de la définition du sarcome tel qu'il est compris aujourd'hui. Décrivant les éléments microsco-

(1) Forget. Rech. sur les kystes des maxillaires. Th. de Paris, 1840.

(2) Dict. en 30 vol., art. *Gencives*.

(3) Lebert. Physiol. path. Paris, 1845, p. 120.

(4) Müller. Ueber den feineren Bauder geschnülste. Berlin, 1838, p. 6.

piques qui constituent ces tumeurs, Lebert y reconnaît l'existence de grandes cellules mères, multinucléées, de corps fusiformes ou globules fibro-plastiques allongés et enfin de petites cellules arrondies, avec des noyaux très marqués. Puissamment aidé de ces notions précises d'anatomie pathologique, Lebert sépare complètement le sarcome du cancer et fait bien voir qu'au point de vue du pronostic de l'intervention chirurgicale ces deux espèces nosologiques ne sauraient être confondues.

Ces déductions si nettes ne pénétrèrent pas cependant immédiatement dans la clinique. Deux ans après la publication importante de Lebert, A. Nélaton (1) décrivait sous le nom d'épulis toutes les variétés de tumeurs des gencives, et se bornait à leur assigner quelques différences symptomatiques; « à quelque espèce qu'appartiennent les tumeurs dont nous venons de parler, elles sont ordinairement arrondies, saillantes et pédiculées ; d'autres fois, à base large, étendues en surface et presque aplaties. »

Reprenant les travaux de Lebert, le professeur Robin montra en 1849 (2) que les éléments cellulaires décrits dans les tumeurs sarcomateuses étaient les parties constitutives essentielles de la moelle des os. Il leur donna le nom de médullocelles et de myéloplaxes. Normales dans la moelle,

(1) Nélaton Path. chir., t. II, p. 740. Paris, 1847.

(2) Robin. Mém. de la Soc. de biologie. Paris, 1849, t. I, p. 149.

ces cellules peuvent se multiplier avec abondance, et « de là résulte la production d'un tissu pathologique dans lequel elles prédominent, mais qui, bien que différent de la moelle, dérive de l'un de ses éléments naturels, qui a augmenté de quantité. Ces tumeurs sont particulièrement de celles qui ont été appelées ostéosarcomes et épulis ».

Ces résultats furent confirmés par Paget (1) en Angleterre, qui donna à ces tumeurs le nom de tumeurs myéloïdes. En 1860, M. E. Nélaton (2) exposa de la façon la plus claire la marche clinique de ces productions morbides ; il en montra l'extrême fréquence aux maxillaires et conserva le nom de tumeurs à myéloplaxes, en rejetant l'épithète de myéloïde que Paget avait voulu leur imposer. Poussant plus loin l'analyse anatomo-pathologique, M. E. Nélaton indiqua l'existence de modifications sérieuses dans leur pronostic, selon qu'aux cellules à myéloplaxes étaient mélangés, dans des proportions plus ou moins grandes, des éléments fibroplastiques.

Comme nous le verrons à propos de l'anatomie pathologique, les recherches plus récentes de MM. Cornil et Ranvier en France, de Virchow, Volkmann et Billroth en Allemagne ont modifié les

(1) Paget. Lectures of surgical pathology, t. II.

(2) E. Nélaton. Des tumeurs à myéloplaxes. Th. de Paris, 1860.

descriptions de Robin et d'E. Nélaton. Les tumeurs à myéloplaxes ne sont aujourd'hui qu'une des variétés du sarcome dont elles présentent les caractères anatomiques, l'évolution clinique et le pronostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Myéloplaxes et médullocelles, tels étaient les éléments caractéristiques des tumeurs bénignes décrites en 1860 par M. Eugène Nélaton. Les myéloplaxes, appelés cellules-mères par Müller, en constituaient la plus grande partie. Depuis ce travail, la classification de la variété de tumeurs qui nous occupe a singulièrement changé. Comme l'a montré M. Ranvier (1), les cellules géantes pourvues de nombreux noyaux et que l'on retrouve facilement dans la moelle osseuse ne sont nullement spéciales aux tumeurs étudiées par Nélaton. On les voit dans toutes les tumeurs qui se sont développées rapidement, et cela, au même titre que les médullocelles.

Les dernières recherches histologiques n'ont pas consacré davantage les distinctions établies en 1845 par Lebert. Cet auteur, en décrivant des corps fibro-plastiques fusiformes dans les tumeurs dites sarcomateuses, tendait à les séparer des autres tumeurs analogues où dominait le myéloplaxe. Les conceptions actuelles du sarcome sont toutes différentes : tumeur constituée par du tissu embryonnaire en voie d'évolution plus ou moins active, le sarcome comprend et les tumeurs à myéloplaxes de Nélaton

(1) Bull. de la Soc. anat, 1872, p. 55.

et les tumeurs fibro-plastiques de Lebert. Les variétés des cellules des sarcomes sont trop nombreuses, pour qu'il puisse être juste et facile de séparer, en autant de classes distinctes, les tumeurs où dominerait telle ou telle forme embryonnaire. Au point de vue spécial qui nous occupe, dans l'anatomie pathologique de l'épulis, nous trouvons trois genres de sarcome qui nous rappellent au moins deux des espèces signalées par les anciens auteurs. Le sarcome fasciculé est la tumeur fibro-plastique de Lebert; le sarcome myéloïde a été décrit par Müller, Paget, etc. Quant au sarcome ossifiant, il a été étudié surtout par Virchow (1).

Nous ne décrirons sous le nom d'épulis que le sarcome superficiel, c'est-à-dire celui qui, d'après la plupart des auteurs contemporains, prend naissance dans la couche profonde du périoste. Il ne faut pas cependant négliger de dire que cette origine sous-périostique n'est probablement pas toujours constante; le sarcome peut sans doute quelquefois naître aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux. Pour Trentham-Butlin, il a pour siège presque exclusif les parties centrales des os (2).

Quelle que soit son origine, la tumeur apparaît en général, sur le bord supérieur de la gencive, autour d'une dent saine ou cariée, ou dans l'étroit espace qui sépare deux dents. Pour le professeur

(1) Pathol. des tum., t. II, p. 295.
(2) Encycl. internat. de chir., t. IV, p. 812.

Dolbeau, c'est sur la paroi osseuse de l'alvéole, qu'il faudrait chercher le point d'implantation de la tumeur.

A mesure que l'épulis se développe, elle repousse toutes les parties molles situées autour d'elle, cause des déviations dentaires, comble le sillon gingivo-génien, soulève la joue ou refoule la langue en arrière, selon qu'elle évolue en dehors ou en dedans. Quant au tissu osseux sous-jacent, il est d'ordinaire respecté, ce n'est que tardivement qu'il est envahi à son tour par les cellules du sarcome. Cette intégrité primitive du tissu osseux est très importante au point de vue du pronostic; le chirurgien ne doit pas cependant compter toujours sur ce fait. Faute de moyens qui lui permettent d'apprécier l'état de l'os, il doit agir comme si l'os était atteint. Cette prudence s'impose surtout en ce qui concerne le maxillaire supérieur. La fragilité de la mince lame osseuse qui ferme en bas l'antre d'Highmore doit faire soupçonner l'existence de prolongements, qu'une opération incomplète respecterait.

Parfois sessile, le plus souvent pourvue d'un large pédicule, l'épulis est d'une consistance ferme, solide. Cependant les éléments anatomiques qui la constituent peuvent être disposés dans de telles proportions, que certaines épulis auront la richesse vasculaire des tumeurs érectiles, tandis que d'autres seront fibroïdes. Souvent les parois embryonnaires des vaisseaux se rompent, il se forme des

petits kystes sanguins. Quelques parties plus ou moins étendues du tissu morbide subissent la dégénérescence muqueuse ou graisseuse. Lorsqu'on se trouve en face d'un sarcome ossifiant, sa consistance a une dureté spéciale; au centre, des trabécules divergentes en forme de rayons contiennent des corpuscules osseux analogues à ceux de l'os normal; le tout est englobé dans du tissu embryonnaire.

ÉTIOLOGIE.

Pour le sarcome des gencives, comme pour toutes les autres tumeurs, nos connaissances étiologiques sont à peu près nulles. La jeunesse et le sexe féminin sont de simples conditions pathogéniques favorables, auxquelles on ne saurait accorder une très grande importance. On a invoqué, pour expliquer le développement de l'épulis, toutes sortes de causes banales dont le rôle est des plus douteux.

Fernel et Jourdain pensaient que des parulis mal traitées pouvaient se transformer en épulis. Bérard, Marjolin, et après eux de nombreux auteurs ont incriminé la périostite, la gingivite, la carie dentaire, les traumatismes, extractions de dents, éruptions de dents de sagesse, etc. L'irritation déterminée par la présence de sortes de séquestres osseux ou dentaires a été signalée par Morgan, Tornes (1), etc. Qui ne voit que la banalité de toutes ces causes leur enlève toute espèce de valeur?

(1) Tomes. Dental physiology and surgery. London, 1848, p. 303.

SYMPTOMES.

Souvent l'apparition de la tumeur n'est annoncée par aucune espèce de phénomènes prémonitoires. C'est sur le liséré gingival qui entoure la couronne d'une molaire, dans l'interstice qui sépare deux dents saines et solides, qu'apparaît un petit bourgeon charnu, rougeâtre, indolent, qui ne peut être senti que par hasard, s'il n'a pas promptement acquis un volume relativement considérable. Peu à peu, la tumeur se développe, s'étend sur l'une ou l'autre des faces du bord alvéolaire; la dent entourée par le tissu morbide devient le siège d'une carie rapide, quelquefois indolente, et ne tarde pas à tomber par morceaux.

Dans d'autres circonstances, le début est annoncé par une sensation de tension et des douleurs odontalgiques, qui se produisent au niveau d'une dent cariée déjà depuis longtemps. Alors, c'est autour d'un fragment noirâtre et douloureux que se montre l'excroissance néoplasique, qui a sans doute son point de départ dans le périoste de l'alvéole même.

Quel que soit le mode de début, lorsque l'épulis a atteint un certain volume, elle se présente presque toujours sous la même forme et le même aspect.

Implantée par une base large et solide sur le bord alvéolaire, elle constitue une tumeur arrondie, lisse, recouverte par une muqueuse d'apparence normale. A peine pourrait-on trouver dans certains cas la couche épithéliale un peu épaissie ou proliférante. Variable selon l'âge et la marche de la tumeur, son volume est plus ou moins considérable ; tantôt il s'agit simplement d'une sorte de champignon rose, recouvrant un ou plusieurs alvéoles et débordant en avant et en arrière, empiétant sur les deux faces de la mâchoire ; tantôt le néoplasme poussant avec rapidité envahit le plancher de la bouche ou la voûte palatine, et comble en dehors le sillon gingivo-génien correspondant.

Il peut arriver qu'une épulis fort petite, pendant de longues années stationnaire, prenne tout à coup une extension considérable. Ce fait pourrait se produire sous l'influence d'un traumatisme ou d'irritations prolongées. Pour quelques auteurs, ce serait le signal de l'irruption du tissu morbide en dehors de la capsule périostique qui l'avait en quelque sorte bridé jusque-là, et de sa prolifération énergique au milieu du tissu conjonctif sous-muqueux.

Rarement l'épulis présente la teinte rouge sombre, violacée de certaines fongosités gingivales de mauvaise nature. D'ordinaire elle paraît peu riche en vaisseaux volumineux et friables. Les pulsations qui ont été signalées devaient être bien souvent les signes de tumeurs érectiles ou de dilatations anévrysmales de l'artère dentaire inférieure. Il faut

reconnaître cependant que le sarcome peut quelquefois offrir plusieurs symptômes propres aux tumeurs érectiles : pulsations, réduction incomplète, etc. Au contraire, sa consistance peut être dure, osseuse, lorsqu'au centre du néoplasme il se forme des noyaux de sarcome ostéoïde qui constituent une sorte de charpente solide et résistante.

Au début, sauf quelques douleurs odontalgiques et la chute de fragments de dents cariées, les symptômes subjectifs sont à peu près nuls. Il faut que l'épulis soit déjà volumineuse pour entraîner une gêne fonctionnelle très appréciable. Cette gêne se manifestera pendant la déglutition, l'articulation des sons, et surtout la mastication. Cette dernière fonction peut être fort compromise, lorsque la langue se trouve repoussée en dedans ou en arrière, ou bien quand le sillon gingivo-génien est rempli par la masse sarcomateuse.

D'ailleurs, à cette période, il est fréquent de voir de petites ulcérations se produire au contact des dents voisines, ou à la suite du frottement déterminé par la mastication des aliments. Comme nous l'avons dit, les épulis étant d'habitude médiocrement vasculaires, ces ulcérations ne sont pas souvent le point de départ d'hémorrhagies abondantes. Les tissus n'ont ni la friabilité, ni la richesse circulatoire des végétations épithéliales ou des fongosités scorbutiques. On constate simplement un léger suintement promptement arrêté. Aussi l'observateur peut-il se servir sans crainte de la spatule ou

du stylet pour déterminer l'étendue et les limites de la tumeur et apprécier avec exactitude les dimensions de son pédicule.

Si le malade n'a pas recours à l'intervention chirurgicale, ou si cette intervention trop timide n'a pas pour effet l'ablation de toute la tumeur, avec sa base d'implantation, on voit bientôt apparaître des phénomènes plus graves qui montrent que la vie du malade ne tardera pas à être directement menacée. Tandis qu'à la surface de la tumeur, la muqueuse est le siège d'une inflammation pulpeuse (1), qui pourrait sans doute aboutir à l'ulcération, les ganglions lymphatiques s'engorgent et deviennent durs et volumineux. Un des malades que nous avons observés portait, lorsque survint la troisième récidive, deux ou trois gros ganglions sous l'angle correspondant de la mâchoire inférieure (voir obs. I). L'état général se modifie, l'appétit se perd, l'amaigrissement se prononce. En un mot, tous les traits ordinaires du tableau de la cachexie néoplasique s'accentuent peu à peu, avec la plus grande netteté.

Tant qu'il est permis d'espérer qu'une opération radicale aura quelques chances de dépasser les limites de la tumeur, il faut agir sans retard. On doit craindre, en effet, avec l'infection ganglionnaire, la généralisation. Dans sa thèse, M. Eugène Nélaton a rapporté plusieurs exemples de cette terminaison fatale. Dans une leçon clinique faite en

(1) Follin et Duplay. Path. ext., t. IV, p. 715.

1883, à l'hôpital de la Charité (1), M. Berger a relaté une observation de ce genre due à MM. les professeurs Le Fort et Panas.

Au milieu des accidents ordinaires qui accompagnent toutes les cachexies, on voit survenir sur différents points du corps des tuméfactions assez étendues. Ces tumeurs se développent manifestement aux dépens des os. Des fractures se produisent spontanément ou sous l'influence des traumatismes les plus légers. Enfin le malade meurt dans le marasme. Pour n'être pas la plus commune, cette terminaison a été observée cependant un certain nombre de fois. En 1872, M. Terrillon en a présenté à la Société anatomique (2) une observation très complète.

(1) Gaz. des hôp., 1883, p. 498.
(2) Bull. Soc. anat., 1872, p. 56.

DIAGNOSTIC

Tumeur arrondie, le plus souvent lisse et rénitente, recouverte par une muqueuse intacte, dont l'épithélium est à peine épaissi, d'une indolence absolue, siégeant sur le bord alvéolaire des maxillaires : tels sont en résumé les principaux caractères du sarcome des gencives, auquel nous réservons le nom d'épulis. Il est un assez grand nombre de lésions qui peuvent présenter un appareil symptomatique analogue et causer, au début surtout, des erreurs qu'il est possible d'éviter.

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic différentiel entre l'épulis et les fongosités gingivales si fréquentes, qui peuvent survenir dans les circonstances les plus variées. Sous l'influence de traumatismes, d'irritations mécaniques, chez les fumeurs, les scorbutiques, les gens atteints de carie dentaire, ou qui n'obéissent pas aux lois élémentaires de l'hygiène de la bouche, on voit se développer, sur le liseré gingival, des bourgeons charnus, mous, irréguliers, disséminés, saignant avec une extrême facilité, accompagnés de ptyalisme, fétidité de l'haleine et de douleurs modérées, qui s'accroissent au contact des corps trop chauds ou trop froids. Il sera facile de reconnaître la nature de ces végéta-

tions, qui apparaissent quelquefois spontanément chez les chlorotiques et les anémiques.

On confondrait plus aisément l'épulis avec une affection singulière, qui a été décrite sous le nom d'hypertrophie ou fibrome des gencives.. Ces fibromes sont des tumeurs dures, isolées ou multiples, rénitentes, présentant la couleur et l'aspect normal du tissu gingival. Les dents déviées peuvent rester saines ou tomber après s'être cariées. Quelquefois pédiculées et polypiformes, ces tumeurs sont constituées au point de vue histologique, par du tissu conjonctif plus ou moins dense, contenant un petit nombre de vaisseaux. La multiplicité ordinaire de ces tumeurs, leur consistance dure, leur origine fréquemment congénitale, la coïncidence signalée d'hypertrichose sont autant de signes qui guideront sûrement l'observateur.

Les chondromes des bords alvéolaires sont très rares. Les odontomes, si complètement décrits par le professeur Broca (1), sont plus communs, mais il serait difficile de les confondre avec le sarcome superficiel. Leur dureté excessive, leur siège au niveau d'une dent non développée, l'âge du sujet chez qui on en constate l'existence, permettront de définir la nature de la lésion.

L'évolution clinique des myxomes se rapproche beaucoup de celle des épulis. Des deux côtés on trouve une tumeur indolente, arrondie, non ulcé-

(1) P. Broca. Traité des tumeurs, t. II, p. 275.

rée, sans retentissement ganglionnaire. Mais là s'arrête la ressemblance. Le myxome est composé d'un tissu mou, vasculaire, qui pour certains auteurs prend naissance dans un point osseux et qui, pour M. Magitot, aurait une origine superficielle, suspériostique. En outre, le myxome ne récidive pas. Peut-être faudrait-il faire quelques réserves, cependant, à propos de ces tumeurs signalées par M. le professeur Trélat, où le tissu myxomateux se trouvait mêlé à des éléments embryonnaires nombreux. La nature bénigne de ces myxosarcomes est moins bien démontrée.

Il arrive quelquefois que des nævus, petites taches rouges, saillantes, molles, développées sur les gencives du nouveau-né, prennent une extension considérable et se transforment au bout de plusieurs années en tumeurs érectiles, volumineuses, pulsatiles, facilement excoriées et qui deviennent le siège d'hémorrhagies plus ou moins abondantes. Le siège variable de ces tumeurs, leur réductibilité parfaite, les pulsations qui les agitent, leur ancienneté mettront promptement sur la voie du diagnostic. Il faut savoir toutefois que certains sarcomes, très riches en vaisseaux, peuvent être animés de pulsations sensibles, mais en général, la tumeur n'est érectile que dans une partie de son étendue.

Dans son traité de pathologie externe, M. le professeur Duplay a signalé, d'après Rufz (1) et Heyfel-

(1) Mon. des hôp., t. I, 1re série, p. 119.

der (1), deux cas d'anévrysme de l'artère dentaire inférieure qui auraient pu simuler des tumeurs solides des gencives. Le canal intra-osseux occupé par le vaisseau est agrandi, dilaté. L'ectasie artérielle vient faire saillie entre les dents, elle pourrait être située au niveau d'un alvéole vide.

Ces cas sont tellement exceptionnels, qu'il suffit de les mentionner. Il en est de même des kystes dentaires étudiés par Rivière (2) en 1876.

Nous arrivons maintenant à une espèce de tumeurs beaucoup plus fréquentes que celles dont nous venons de parler, et qui ont, en outre, une gravité toute spéciale. Nous voulons parler des épithéliomas. Lorsque l'épithélioma siège au niveau du bord alvéolaire de la mâchoire et qu'il s'est développé aux dépens de la muqueuse gingivale, il se présente sous la forme d'une tumeur végétante, d'apparence lobulée et en manière de grappe; sa consistance est molle, fongueuse, la muqueuse qui le recouvre est rouge, ulcérée, saignante. L'envahissement des parties saines se fait avec plus de rapidité que dans le sarcome; les ganglions se prennent de bonne heure, et l'état général est plus vite affecté. Il est encore un certain nombre de signes importants qui compléteront ce tableau; le sarcome apparaît surtout avant quarante ans, l'épithélioma ne vient guère qu'après cet âge. En-

(1) Bull. Soc. de chir., 1856, t. VII, p. 190.
(2) Rivière. Tum. du maxil. inf. Th. Paris, 1876.

fin le sarcome est indolent, tandis que l'épithélioma des gencives détermine toujours des douleurs névralgiques plus ou moins étendues, des odontalgies, des crises douloureuses du côté de l'oreille, etc.

Bien que ces différences soient très accusées et qu'il semble impossible de s'y tromper, il est cependant des cas dans lesquels on restera fort embarrassé. Nous avons eu l'occasion d'observer, au mois d'octobre dernier, dans le service de M. le Dr Polaillon, une femme nommée Mif...., âgée d'environ 40 ans, couchée au n° 9 de la salle Gerdy, qui pendant dix ans, avait porté à la face interne du bord alvéolaire supérieur gauche une tumeur de la grosseur d'une noix, lisse, rénitente, rosée, qui aurait pu être prise pour une épulis. Toutefois la malade éprouvait depuis deux mois des douleurs névralgiques, elle avait maigri, la tumeur s'était étendue du côté de la voûte palatine. Une ponction faite en un point fluctuant donna simplement issue à quelques gouttelettes de sang. Au microscope, des fragments de la tumeur ramenés sur la pointe du trocart parurent constitués par des cellules épithélioïdes entourées d'un anneau conjonctif. L'extirpation fut pratiquée au thermocautère, et l'examen histologique fait par M. Chrétien, interne du service, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé, dans lequel de nombreuses cellules épithéliales subissaient la dégénérescence colloïde.

Il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur

le diagnostic des sarcomes intra-osseux. Les tumeurs centrales affectent le corps de l'os dans toute son étendue, ne font saillie à l'extérieur qu'après une longue évolution en quelque sorte préparatoire; ils exigent une intervention plus prompte et un délabrement opératoire plus sérieux que le sarcome superficiel ou périostique.

PRONOSTIC

Si le pronostic du sarcome des gencives n'est pas aussi grave que celui des ostéosarcomes proprement dits ou sarcomes centraux, il n'en est pas moins sérieux. Chez certains sujets, souvent les plus jeunes et les plus vigoureux, ces sarcomes se développent avec une énergie effrayante, et les opérations les plus radicales en apparence ne peuvent pas toujours prévenir une récidive fatale. Quelquefois, après avoir marché lentement tout d'abord, le tissu morbide peut s'étendre avec rapidité et évoluer comme les sarcomes fasciculés les plus dangereux.

On ne saurait nier toutefois que ce ne soient là les cas les plus rares. Ce n'est d'ordinaire qu'après un temps plus long que l'infection ganglionnaire apparaît. La généralisation niée pendant longtemps est possible, et nous avons eu l'occasion d'en signaler plusieurs exemples, mais elle est assurément peu fréquente. Le mode d'intervention opératoire a une influence considérable sur le pronostic. Si dans beaucoup d'observations, le résultat n'a pas été satisfaisant, c'est que sans doute, par une modération regrettable, le chirurgien n'a pas

poursuivi le pédicule de la tumeur jusque dans l'épaisseur des tissus qui le supportaient. La récidive locale sera d'autant moins à craindre que l'ablation des parties limitrophes aura été plus complète.

TRAITEMENT

Depuis Ambroise Paré (1), tous les auteurs ont insisté sur les récidives locales qui surviennent fréquemment après l'extirpation des épulis.

Jourdain recommande d'enlever avec soin le bord alvéolaire de la mâchoire, si la tumeur sarcomateuse adhère aux gencives. Quelques chirurgiens pensent que l'extraction de la dent autour de laquelle s'est développée l'épulis exerce une influence favorable sur la disparition et en quelque sorte l'atrophie de la tumeur.

Jourdain, le premier, a dit que : « dès le commencement de la maladie, l'extraction de la dent après laquelle tient une partie du sarcome fait cesser les accidents ou en arrête les progrès ; néanmoins on doit s'assurer de l'état du bassin des alvéoles » et cautériser, si quelque point paraît suspect. A. Nélaton a adopté cette idée, tout en faisant des réserves : « Il est plus sûr, cependant, dit-il, de les enlever avec des ciseaux courbes sur le plat ou avec un bistouri. » Salter (2) est celui qui a le mieux exposé ce procédé. D'après lui, on doit d'abord enlever la tumeur et la portion d'os altéré,

(1) A. Paré. Edit. Malgaigne, t. I, p. 381.
(2) Salter. Holme's Surgery, t. IV, p. 341.

puis cautériser le point d'implantation. Si l'épulis se reproduit, on se bornera à enlever la dent malade ; la résorption du bord alvéolaire préviendra la récidive. Toutefois, si cela devenait nécessaire, on pratiquerait la résection du fragment osseux sous-jacent.

Il est assez difficile d'admettre que le travail de résorption du tissu osseux péri-alvéolaire puisse prévenir toute récidive de la tumeur. On peut se demander si, dans des circonstances analogues, le succès n'a pas été dû simplement à ce que les végétations détruites n'étaient autres que des fongosités de la nature la plus bénigne.

Le point de départ souvent incertain de la tumeur, la possibilité d'une altération osseuse secondaire, l'éventualité redoutable d'une repullulation rapide, avec infection ganglionnaire et même généralisation, telles sont les raisons puissantes qui doivent faire adopter d'emblée le mode de traitement le plus énergique. C'était l'avis de Bérard et Marjolin ; c'est encore l'opinion de MM. les professeurs Guyon (1) et Lannelongue (2). Après avoir préconisé pendant longtemps les applications répétées d'un caustique qui a rendu d'excellents services, nous voulons parler de l'acide chromique,

(1) Prof. Guyon. Art. *Maxillaire*, Diction. encyclop. des Sc. méd.

(2) Prof. Lannelongue. Art. *Gencives*, Diction. de méd. et de chir. prat.

M. Magitot paraît revenir à l'idée de l'exérèse complète (3).

Que l'on veuille bien parcourir les nombreuses observations d'épulis éparses dans la littérature, et l'on verra promptement que toutes les opérations incomplètes ont été suivies d'une prompte reproduction de la tumeur. Les observations II, XXV et XXIX de la thèse d'Eugène Nélaton, dont nous donnons plus loin un résumé très court, en sont des exemples remarquables. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans, entrée à l'Hôtel Dieu, dans le service de M. Roux, pour une épulis située au devant des incisives supérieures du côté gauche. Huit jours après l'extirpation, la tumeur reparut. Deux mois plus tard, A. Nélaton fit une nouvelle opération suivie de cautérisation au fer rouge. L'épulis récidiva, et on dut au bout de quelque temps, à l'hôpital Necker, appliquer de la pâte de Vienne. Le nouveau répit ne fut pas de longue durée. La malade entra alors dans le service de Bérard, à La Pitié. Ce chirurgien pratiqua la résection cunéiforme du maxillaire supérieur gauche, enlevant quatre dents implantées sur le coin osseux. La guérison obtenue rapidement fut définitive. Six ans après, la malade se portait très bien. Notre observation nº 1 est en tous points comparable à celle de Roux et de Bérard.

Etre trop parcimonieux en pareille circonstance,

(1) Magitot. Mém. sur les tumeurs du périoste dentaire et art. *Gencives*, du Diction. encyclop.

c'est compromettre inutilement un succès opératoire facile. Il faut faire la résection du bord alvéolaire soit avec la triquoise, soit avec les cisailles de Liston. On emporte ainsi et la muqueuse et l'os qui supporte le pédicule. L'opérateur doit ensuite porter sans crainte le fer rouge sur toute la surface de la plaie. Cette manière d'agir présente deux avantages. L'hémostase est immédiatement assurée, et le cautère détruit les éléments anatomiques d'où pourrait renaître le tissu morbide. On prescrira ensuite au malade des gargarismes phéniqués au centième, ou même à un titre moins élevé, si cette solution est difficilement supportée. Les bourgeons charnus seront surveillés avec soin, surtout si l'on a lieu de craindre que l'intervention n'ait pas été assez radicale. On devra enfin nourrir le patient, d'abord avec des aliments liquides, puis rapidement avec les viandes les plus substantielles.

OBSERVATIONS.

Observation I (personnelle).

Lemouroux (Pierre-Marie), âgé de 25 ans, soldat au 11e régiment d'artillerie, entre dans le service des blessés de l'Hôpital militaire de Versailles, lit n° 10, le 22 février 1884, pour une tumeur de la cavité buccale. De haute taille et d'apparence vigoureuse, cet homme a toujours joui d'une très bonne santé et n'accuse pas d'autre maladie antérieure qu'une adénite suppurée du cou, du côté droit, survenue dans son enfance. Ses parents se portent bien; jamais, dans sa famille, il n'a entendu parler d'accidents analogues à ceux qu'il présente aujourd'hui.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à dix-huit mois environ. Au mois d'août ou de septembre 1882 il sentit, pour la première fois, quelque chose d'anormal, une « grosseur » implantée sur les gencives du maxillaire supérieur droit, au niveau de la portion la plus reculée du bord alvéolaire et englobant en partie les deux dernières grosses molaires. Le volume de la tumeur s'accrut rapidement; aussi, au bout d'un mois, le malade se décida à consulter le major de son régiment, qui l'envoya à l'hôpital. Là, on pratiqua, avec le thermocautère, l'extirpation de la tumeur qui était grosse comme une noisette. Puis, chaque jour, on cautérisa avec des crayons de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent le point d'implantation. Le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois.

Six ou sept mois après cette première opération, c'est-à-dire vers le mois de mai 1883, la tumeur recommença à se développer et atteignit, en un mois et demi, un volume plus

considérable que lors de la première poussée. Entré de nouveau à l'hôpital, le malade y subit encore l'extirpation de cette tumeur faite avec le thermocautère et sortit au bout de trente-cinq jours.

Un délai de cinq mois s'écoula sans nouvelle récidive. Depuis un peu plus d'un mois, le néoplasme commence à repulluler.

Le jour de l'entrée, on constate, au niveau de la dernière molaire supérieure droite, l'existence d'une tumeur rouge, solide, saignant facilement, étendue du bord alvéolaire, sur lequel elle empiète très peu, vers la voûte palatine et le pilier antérieur du voile du palais. Son volume est celui d'une grosse noix, elle est aplatie et tranche par sa couleur rouge un peu foncé sur la muqueuse rosée qui l'environne. Le malade souffre peu, la mastication est très difficile et cause un petit écoulement de sang. Voix nasonnée. Les deux molaires entourées par le tissu morbide sont noirâtres et en partie détruites.

26 février. Ablation de la tumeur au thermocautère, sans dépasser les limites apparentes du mal. Cautérisations ultérieures avec le nitrate d'argent.

M. Babinski, interne des hôpitaux, voulut bien se charger d'examiner la tumeur et nous donner les renseignements résumés ci-après : Au-dessous de l'épithélium stratifié et du tissu de la muqueuse palatine, on constate la présence de fibres musculaires striées assez nombreuses, offrant toutes les lésions de la myosite, tuméfaction du protoplasme, atrophie de la substance striée, multiplication des noyaux, et, par places, dégénérescence vitreuse. Dans l'intervalle des fibres, et dans presque toute l'étendue des coupes, se trouve un tissu embryonnaire parcouru par des vaisseaux à parois minces et dilatées.

15 mars. Malgré les cautérisations d'ailleurs très peu énergiques, il est évident que le sarcome récidive. Le malade a déjà maigri un peu, ses forces sont sensiblement diminuées, bien

que l'appétit soit conservé. Sous l'angle de la mâchoire inférieure, il est facile de sentir deux ou trois ganglions durs, dont la tuméfaction remonte à quelques semaines.

Bientôt, le malade reçoit son congé de réforme, et quitte définitivement l'hôpital pour retourner dans son pays.

Observation II (personnelle).

L... (Adolphe), âgé de 26 ans, employé, entre, le 18 février 1885, dans le service de M. le Dr Polaillon, salle Broca, lit n° 30.

Le malade ne présente aucune espèce d'antécédents personnels ou héréditaires. Sa santé a toujours été excellente; il est d'une forte constitution.

Il y a deux mois, L... s'est aperçu qu'il portait sur la face antérieure du maxillaire inférieur, au niveau de la première grosse molaire droite, une petite tumeur grosse comme un pois, implantée sur la gencive, faisant corps avec elle, et se prolongeant vers le sillon gingivo-génien. La molaire correspondante était cariée depuis longtemps, mais n'avait jamais causé de souffrances au malade.

Peu à peu, la tumeur grossit, au bout de trois ou quatre semaines environ, la dent cariée devint douloureuse et une grande partie tomba spontanément par fragments. Les douleurs furent d'ailleurs très modérées. L'appétit et l'état général demeuraient excellents. Aux lésions locales il ne s'était ajouté ni ulcérations, ni hémorrhagies. Seul, le volume de la tumeur, causant dans la mastication une gêne fonctionnelle assez grande, décide le malade à entrer à l'hôpital. A ce moment-là on trouve, sur le bord alvéolaire droit du maxillaire inférieur, une tumeur arrondie, du volume d'une noix, étendue de la deuxième petite molaire à la deuxième grosse molaire et allongée suivant le bord de l'os. Au niveau de la dent tombée, dont il reste encore un morceau, la tumeur déborde légèrement l'arcade dentaire, et s'étend fort

peu à la face interne. Elle est d'une indolence absolue, sa consistance est ferme, égale, en tous ses points, son aspect uniforme, sa couleur rosée, l'épithélium de la muqueuse gingivale paraît normal à sa surface. Elle ne saigne que rarement et fort peu, lorsque le malade mange. Son inflammation se fait par une large surface qui lui donne une base solide. Toutefois, grâce à un sillon étroit, le pédicule est moins étendu qu'il ne le paraît au premier abord. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. L'état général est excellent.

21 février. Le malade est endormi avec le chloroforme. Les deux molaires les plus rapprochées sont enlevées avec un davier. Puis, à l'aide d'une triquoise, M. le Dr Polaillon extirpe, avec la tumeur, toute la partie du bord osseux sur laquelle elle était implantée. Toute la surface ainsi mise à nu est cautérisée avec soin au fer rouge, surtout au niveau des cavités alvéolaires.

Gargarismes phéniqués au centième.

L'examen histologique fait par M. Toupet, interne des hôpitaux, montre qu'il s'agissait bien d'un sarcome développé aux dépens de la couche profonde du périoste.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La plaie est promptement recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Le malade sort complètement guéri le 13 mars suivant.

OBSERVATION III (*Société anatomique*, février 1872, page 56).

M. Terrillon présente, en son nom et au nom de M. Bèze, des os recueillis chez une femme morte à l'âge de 38 ans.

En 1869, une tumeur du genre de celles qu'on appelle myéloplaxes avait été enlevée sur le maxillaire supérieur.

En 1872, dans des mouvements faits pour changer de position la malade dans son lit, se sont produites, à divers

intervalles, une première fracture du tibia, une seconde sur l'humérus, une troisième sur le fémur.

Il existe un calcul rénal volumineux.

Dans plusieurs des pièces du squelette se retrouve un tissu gris blanchâtre, disposé soit à l'état d'infiltration, soit sous forme de petites tumeurs.

Observation IV (résumée). (Th. de Rivière, Paris, 1876, obs. II.)

Louise P..., âgée de 32 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan, le 15 décembre 1875, pour une tumeur du maxillaire inférieur.

Menstruation régulière, bonne santé antérieure, sauf une pneumonie à l'âge de 21 ans.

En juillet 1875, elle s'aperçut, pour la première fois, de la présence d'un petit bouton gros comme un pois, sur les gencives entre la seconde et la troisième molaire inférieure droite, indolent et peu gênant.

Stationnaire pendant trois mois, la tumeur commença au mois d'octobre à devenir douloureuse, surtout pendant la mastication et à causer de la gêne fonctionnelle.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la tumeur est grosse comme un haricot. Elle fait saillie au-dessus du bord alvéolaire, elle est arrondie, lisse et recouverte par une muqueuse à peu près normale. Au toucher, elle est dure, élastique, irréductible, un peu bosselée.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 15 décembre, la malade est endormie, la tumeur est facilement énucléée. Au-dessous l'os paraît sain. M. Péan, cependant, le rugine avec soin, profondément et enlève la deuxième molaire qui est cariée à sa racine.

Les suites de l'opération furent très favorables.

Dès le lendemain la malade demande à quitter l'hôpital et sort le 17 décembre.

Sur une coupe la tumeur est blanchâtre, et présente tous les caractères du tissu sarcomateux.

Observation V (résumée). (Th. de Gœury, Paris, 1880, obs. III.)

X..., âgée de 17 ans, d'une bonne santé antérieure, sans antécédents héréditaires, s'aperçut au mois de juillet 1875, qu'elle portait, au niveau de la canine inférieure droite, une petite tumeur molle, élastique, qui ne tarde pas à faire dévier la canine et l'incisive voisine. Un médecin de Marseille enleva la canine, la tumeur, et racla l'os avec une curette. Puis on appliqua de la pâte de canquoin sur le siège de la lésion. La cicatrisation fut rapide.

Dès le mois de novembre suivant, la tumeur récidive au niveau de la seconde incisive, prend un accroissement rapide et toutes les incisives inférieures ne tardent pas à être ébranlées.

Lorsque la malade vint consulter M. Magitot, au mois de février 1876, on trouva sur le bord alvéolaire, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dure, élastique, couleur lie de vin, saignant facilement après de légers traumatismes, indolente.

Le 26 février. M. Magitot extrait avec un davier les quatre incisives inférieures, enlève à l'aide du bistouri toutes les parties molles, puis rugine soigneusement la gouttière osseuse qui résulte de l'ablation des dents. Une hémorrhagie assez abondante est facilement arrêtée.

Au bout de quelques jours, on constate la présence de bourgeons de mauvaise nature au fond de la gouttière osseuse. On y fait chaque semaine une application de cristaux d'acide chromique pur. Au mois de juin, la gouttière singulièrement agrandie atteint presque la crête du menton. Elle est comblée en partie par des bourgeons de bonne nature,

qui produisent une cicatrisation complète au mois de juillet.

L'examen de la tumeur, fait par le professeur Robin, montre qu'il s'agit d'une épulis à myéloplaxes, c'est-à-dire du groupe des épulis non récidivantes et non d'un épithélioma.

Pendant les années qui suivirent, la jeune fille fut revue plusieurs fois. Elle a de plus donné de ses nouvelles il y a quelques mois seulement. Voilà donc quatre ans qu'elle a été opérée et depuis ce temps, la guérison ne s'est pas démentie.

Observation VI (résumée). (Th. Eug. Nélaton, Paris, 1860, obs. III.)

Une jeune fille de 14 ans, Augustine Chéneau, s'était aperçue dans le courant de sa treizième année, qu'il se développait une tumeur molle, grosse comme une noisette, dans sa bouche, au niveau des incisives supérieures. On crut à un abcès et on fit une incision. La tumeur continua de s'accroître. Elle avait atteint le volume d'une noix, lorsque la malade entra à l'Hôtel-Dieu pour se faire opérer.

Roux l'enleva incomplètement. Huit jours après elle récidivait et, au bout de deux mois, M. Nélaton l'enleva de nouveau, puis cautérisa le point présumé de son insertion au fer rouge. Malgré cela on n'obtint point de guérison. A. Bérard, à Necker, fit une application de caustique de Vienne sans plus de succès.

La malade entre alors à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Bérard, où elle fut opérée le 25 novembre 1842.

A ce moment l'état de la malade était bon. La tumeur soulevait un peu la partie interne de la joue gauche, la lèvre supérieure et l'aile du nez. M. Bérard prit la tumeur pour une tumeur érectile, reconnut qu'elle s'implantait sur le

maxillaire supérieur gauche et résolut d'enlever la partie correspondante de cet os. L'ablation fut faite largement. Les suites en furent excellentes. Six ans après, en 1848, la santé de l'opérée était parfaite.

L'examen microscopique fait par M. Lebert montra qu'il s'agissait d'une tumeur contenant beaucoup de myéloplaxes et aussi du tissu fusiforme en quantité considérable.

Observation VII (Th. Eug. Nélaton, obs. XXV).

Un jeune homme, interne en pharmacie des Hôpitaux de Paris, depuis très longtemps déjà avait remarqué l'existence d'un petit tubercule rougeâtre, implanté sur le bord alvéolaire de la portion droite du maxillaire inférieur, occupant la place de la deuxième petite molaire, perdue depuis longtemps. Cette tumeur d'un rouge vif, ferme au toucher, indolente et solidement adhérente à l'os, présentait le volume d'une aveline. Elle couvrait toute la portion correspondante du bord alvéolaire et le débordait même un peu du côté de la langue et du côté de la joue. Quoique l'implantation n'en parût pas profonde et que le corps de la mâchoire à ce niveau parût tout à fait sain, j'aurais conseillé, pour extirper sûrement tout le mal, la résection d'un fragment triangulaire du bord alvéolaire.

On se contenta d'abraser la partie saillante, opération qui ne fut ni longue ni douloureuse, mais qui était nécessairement insuffisante.

Quelque temps après, dit M. Verneuil, j'opérai à mon tour ; mais comme ce qui restait de la tumeur était très minime, j'essayai de le détruire avec le cautère galvanique, qui me permettait d'agir avec lenteur et précision dans la cavité buccale. Je plongeai le cône rougi dans l'alvéole et crus avoir tout détruit.

Cependant je vis bientôt renaître un petit bourgeon accolé

à la gencive qui entourait le collet de la grosse molaire. Le mal récidivera donc par suite de ces opérations incomplètes et il faudra, si l'on veut en finir, opérer plus largement.

La maladie ne fut jamais douloureuse, les ganglions du cou ne présentèrent jamais d'engorgement. Quant à la structure, elle était tout à fait simple et caractéristique.

Observation VIII (résumée).

(Th. Eug. Nélaton (obs. XXIX).

La nommée Beillié, petite fille de 9 ans, se présente à l'hôpital des Cliniques, le 18 juin 1859.

Elle porte une tumeur de la grosseur d'une petite noisette, située un peu au-dessous du feston gingival, sur la face externe du rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, dans un point qui correspond à la première et à la deuxième petite molaire du côté droit. Ces dents sont saines, mais légèrement ébranlées. La tumeur est indolente, dure, adhérente à l'os par une large base.

Le début remonte à six ou huit mois, après la chute d'une petite molaire de la première dentition qui était cariée. Excisée par un médecin à l'aide de ciseaux courbes, elle s'est reproduite presque aussitôt après cette opération insuffisante.

M. le professeur Nélaton l'enlève aujourd'hui même, en circonscrivant sa base avec une gouge, de façon à pénétrer assez profondément dans le tissu osseux. L'examen microscopique y fait constater la présence de nombreux myéloplaxes.

Quelques jours après, l'enfant revint à la consultation. Elle portait entre les deux fausses molaires une petite fongosité qu'on ne put réséquer, à cause de l'indocilité de la patiente.

Cette fongosité, sans doute de nature inflammatoire, disparut complètement.

En mars 1860, neuf mois après l'opération, l'état de l'enfant était satisfaisant.

CONCLUSIONS.

1° Les anciens auteurs ont décrit sous le nom d'épulis plusieurs sortes de tumeurs, distinctes, au point de vue anatomique aussi nettement que par leur évolution clinique.

2° Parmi les tumeurs qui se développent sur le bord alvéolaire des mâchoires, le sarcome est une des plus fréquentes. Ce sarcome peut offrir plusieurs variétés : on y rencontre presque exclusivement le sarcome myéloïde, tumeur à médullocelles et à myéloplaxes de Robin et le sarcome ossifiant.

3° Il y a avantage pour la simplicité de la description à réserver exclusivement le nom d'épulis à ces tumeurs sarcomateuses qui, par leur fréquence, leur gravité relative et leurs symptômes spéciaux, occupent le premier rang dans les affections des gencives.

4° L'épulis, sarcome développé le plus souvent aux dépens de la couche profonde du périoste, ne doit pas être confondu avec l'ostéosarcome qui a pris naissance dans l'épaisseur même du maxillaire.

5° Le pronostic de l'épulis est sérieux, parce que

le sujet qui en est affecté peut être atteint d'infection ganglionnaire et que ce sarcome entraîne parfois la mort en se généralisant.

6° Le seul traitement applicable est l'extirpation complète de la tumeur. L'opérateur ne doit pas être trop parcimonieux. Ce n'est qu'en dépassant les limites du néoplasme qu'il peut être assuré de prévenir la récidive.

Vu, le président de la thèse,
LANNELONGUE.

Vu, bon et permis d'imprimer.
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Broca. — Traité des tumeurs, t. II.
A. Bérard et Marjolin. — Art. *Gencives*, Dict. en 30 vol.
Bulletin de la Soc. anat., 1872 et 1875.
Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1861, 1862 et 1868.
Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique.
Compendium de chirurgie.
Dupuytren. — Leçons orales.
Encyclopédie internationale de chirurgie, t. IV.
Fernel. — Enchiridion de médecine pratique.
Forget. — Recherches sur les kystes des maxillaires. Th. Paris, 1840.
Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe, t. IV.
Gazette des hôpitaux, 1883.
Goeury. — Tumeurs solides du bord alvéolaire. Th. Paris, 1880.
Gross. — System of surgery. 2e édit., t. II.
Guyon. — Art. *Maxillaires*, in Dict. encyclopédique.
Heat. — Injuries and diseases of the jaws. London, 1863.
Heyfelder. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1856.
Jourdain. — Traité des maladies chirurg. de la bouche. Paris, 1778.
Kirmisson. — Manuel de pathologie externe, t. II.
Lannelongue. — Art. *Gencives*, in Dict. de méd. et chir. pratique.
Lebert. — Physiologie pathologique. Paris, 1845.
Magitot. — Mém. sur les tum. du périoste dentaire, 1859.
Magitot. — Art. *Gencives*, du Dict. encyclopédique.
Manget. — Bibliothèque chirurgicale, t. IV.
Müller. — Ueber den feineren Bander geschwulste. Berlin, 1838.

Nélaton (A.). — Traité de pathol. chirurg.

Nélaton (E.). — Tumeurs à myéloplaxes. Th. Paris, 1860.

Paget. — Lectures of surgical pathology, t. II.

Ranvier. — Bull. de la Soc. anat., 1872.

Rivière. — Tum. du maxillaire inférieur. Th. Paris, 1876.

Robin. — Mém. de la Soc. de biologie. Paris, 1849.

Rufz. — Mon. des hôpitaux, 1re série, t. I, p. 119.

Salter. — Holmes surgery, t. IV.

Saurel. — Mém. sur les tum. des gencives. Paris, 1858.

Tornes. — Dental physiology and surgery. London, 1848.

Virchow. — Pathologie des tumeurs, t. II.

Watermann. — Boston med. and surg. Journal, avril 1869.



